

Assemblée nationale

COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES,
FAMILIALES ET SOCIALES

Mercredi 7 février 2007

Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 28

SESSION 2006 - 2007



**Présidence de M. Jean-Michel Dubernard, président
puis de M. Christian Kert, vice-président**

	pages
– Examen du rapport d'information sur la prise en charge des urgences médicales (<i>M. Georges Colombier, rapporteur</i>).....	2
– Informations relatives à la commission	11

Compte rendu

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a examiné le rapport de **M. Georges Colombier** sur la prise en charge des urgences médicales.

Le président Jean-Michel Dubernard a salué l'importance du rapport de la mission d'information – adopté à l'unanimité de ses membres – sur la prise en charge des urgences médicales dont la situation n'est pas satisfaisante et tend même à se dégrader, s'agissant notamment des personnes âgées.

M. Georges Colombier, rapporteur, a souligné que, trois ans après la canicule d'août 2003, le système français de prise en charge des urgences médicales, réformé et renforcé dans le cadre du « Plan urgences » 2003-2008, a gagné en efficacité, comme en témoigne le fait que la canicule de l'été 2006 n'a pas donné lieu aux mêmes phénomènes d'engorgement des urgences que celle de 2003, de triste mémoire.

Faut-il pour autant s'arrêter à ce *satisfecit* ? Certainement pas, car il ne faut pas négliger les risques de déstabilisation du dispositif, liés tant aux évolutions récentes de la démographie médicale qu'à la croissance régulière de la demande de soins non programmés, au vieillissement de la population et à la perspective de crises sanitaires nouvelles, comme une éventuelle épidémie de grippe aviaire. C'est pour cette raison que le président Jean-Michel Dubernard a eu l'heureuse initiative de proposer la création d'une mission d'information sur la prise en charge des urgences médicales.

Dès le début de ses travaux, en septembre 2006, la mission s'est attachée à examiner les moyens de désengorger davantage les structures des urgences. Au cours des trente-quatre auditions et des cinq déplacements qu'elle a effectués, son travail a été marqué par une réelle dynamique collective, sur un sujet qui dépasse au demeurant les clivages politiques. Les membres de la mission ont tous constaté que l'engorgement des urgences trouve en grande partie ses causes en amont et en aval des structures d'urgences proprement dites. En conséquence, la démarche de la mission a été d'étudier le système de prise en charge des urgences médicales à chacun de ses trois niveaux distincts, solidaires et interdépendants :

– en amont des urgences, avec le dispositif de permanence des soins et les structures pré-hospitalières de prise en charge des urgences : services d'aide médicale urgente (SAMU), service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) ;

– au sein même des structures des urgences ;

– en aval de ces structures, que ce soit au sein des services hospitaliers de soins aigus, dans des établissements médico-sociaux ou au domicile du patient.

Le rapport et les propositions qu'il contient s'inscrivent dans la logique de cette démarche.

Dans sa première partie, le rapport traite de l'amont, en dressant un état des lieux de la mise en œuvre du nouveau dispositif de permanence des soins.

C'est en effet sur l'amélioration de la permanence des soins que le « Plan urgences » a misé pour réduire l'afflux de patients à l'hôpital. La participation des médecins à ce dispositif reposant désormais sur le volontariat, les tableaux d'astreinte ne sont pas toujours remplis, notamment là où les secteurs de garde n'ont pas été redécoupés de façon à réduire suffisamment le nombre de médecins nécessaire. D'où des réquisitions préfectorales de

médecins, qui heurtent le corps médical sans parvenir pour autant à organiser une permanence des soins durable.

Ces difficultés s'expliquent par la démographie médicale, marquée notamment par une répartition inégale des praticiens, et aussi par la complexité du pilotage du dispositif de permanence des soins. En effet, celui-ci fait intervenir une multiplicité d'acteurs, sans pour autant assurer son articulation avec le dispositif d'aide médicale urgente et les autres professions de santé concernées par la prise en charge des urgences : infirmiers, dentistes, kinésithérapeutes, *etc.* La création récente du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) permettra de clarifier et de pérenniser certains éléments financiers du dispositif, mais cet effort reste encore à approfondir.

Dans ce contexte, et afin de consolider le maillage sanitaire du territoire, il faut rechercher des synergies ville/hôpital. Mais il faut le faire en tenant compte des réalités locales et sans brusquer les initiatives existantes, dont la mission a pu observer la valeur sur le terrain. Il serait ainsi possible de regrouper les centres de régulation qui coexistent aujourd'hui avec leurs numéros d'appel propres (SAMU, SDIS, associations de type « SOS Médecins », régulation libérale autonome, *etc.*). En l'absence de structure de type « SOS Médecins », l'hôpital pourrait également prendre le relais des libéraux en seconde partie de nuit, avec des moyens adéquats. Quant à la répartition des transports sanitaires entre les SDIS et les ambulanciers privés, elle devrait être organisée de façon plus complémentaire que concurrentielle grâce à des conventions tripartites entre SAMU, SDIS et ambulanciers. Enfin, les médecins correspondants de SAMU peuvent relayer utilement les SMUR pour la prise en charge pré-hospitalière des urgences lourdes.

Le développement des maisons médicales de garde constitue l'axe principal de la consolidation du dispositif de permanence des soins. Malgré son hétérogénéité, la formule de la maison médicale de garde rencontre un grand succès – alors qu'il n'y en avait presque aucune il y a dix ans, il y en a aujourd'hui plusieurs centaines. Certaines fixent une présence médicale en milieu rural, par exemple autour d'un hôpital local, comme c'est le cas en Mayenne ; dans ce cas elles peuvent d'ailleurs constituer le socle de futures maisons de santé pluridisciplinaires. D'autres, en milieu urbain constituent des repères, notamment pour des populations défavorisées. D'autres encore, situées à proximité immédiate d'une structure d'urgences, contribuent à la désengorger. Le financement des maisons médicales de garde est en voie d'être pérennisé grâce au FIQCS, mais il reste à les doter d'un cadre réglementaire traduisant une politique nationale en la matière, tout en réservant des possibilités d'adaptation aux spécificités locales.

Dans sa deuxième partie, le rapport traite des structures des urgences à proprement parler. Leurs moyens ont été considérablement renforcés dans le cadre du « Plan urgences », si bien qu'aujourd'hui les problèmes ne tiennent plus à leurs effectifs, leur équipement ou leurs lits-portes. La plupart des interlocuteurs de la mission ont d'ailleurs estimé qu'un accroissement de ces moyens risquerait de faire des urgences « un hôpital dans l'hôpital », ce qui n'est pas le but recherché. Au contraire, il convient de réimpliquer les médecins des autres services dans l'activité des urgences, soit qu'ils y participent directement, soit qu'ils tiennent des consultations non programmées.

Pour réduire les temps de passage et d'attente aux urgences, la mission nationale d'expertise et d'audits hospitaliers (MEAH) a identifié des bonnes pratiques organisationnelles, dont la mission a pu observer la mise en œuvre sur le terrain, et qu'énumère le rapport qui relève, notamment, que la prise en charge des urgences de nature sociale et médico-judiciaire doit être mieux organisée.

Surtout, les patients les plus fragiles doivent être pris en charge de façon adaptée, ce qui semble être le plus souvent le cas pour les enfants et les patients à composante psychiatrique, mais beaucoup moins pour les personnes âgées qui constituent pourtant une part importante de la population accueillie aux urgences. En effet, les patients gériatriques, souvent polyopathologiques et présentant un risque de dépendance, sont surreprésentés aux urgences, dont l'organisation ne permet pourtant pas de tenir compte de leurs spécificités médicales et sociales. De plus, il y a inadéquation entre l'offre de lits d'hospitalisation, très spécialisée, et les besoins de ces patients, qui portent essentiellement sur des lits de médecine polyvalente. Peu à peu se structurent des filières de prise en charge des patients gériatriques, avec des services et des équipes mobiles de gériatrie, mais il convient de veiller à ce que la prise en charge des personnes âgées ne soit pas excessivement spécialisée.

Dans sa troisième partie, le rapport traite de l'articulation des urgences avec leur aval hospitalier et médico-social, et constate que la sortie des urgences constitue un goulet d'étranglement.

Le « Plan urgences » consacre déjà d'importants moyens au renforcement des capacités d'hospitalisation en aval des urgences : là encore, l'amélioration de la prise en charge des patients passe davantage par des mesures organisationnelles que par un surcroît de moyens. La MEAH recommande certaines pratiques, dont la mission a pu observer la mise en œuvre, notamment à l'hôpital Beaujon. Outre des efforts de gestion des lits, il s'agit notamment de développer l'admission directe dans certains services et de prendre l'avis des urgentistes avant de décider des fermetures saisonnières de lits.

Pour la prise en charge médico-sociale des patients issus des urgences, les liens entre l'hôpital et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou de soins de suite et de réadaptation (SSR) restent à améliorer. De même, l'hospitalisation à domicile et les services de soins infirmiers à domicile méritent d'être développés. En tout cas, un effort pour assurer la continuité des soins dans ces structures doit permettre d'éviter des retours aux urgences pendant les horaires réglementés de la permanence des soins.

Enfin, les structures, services et établissements participant à la prise en charge des urgences sont conduits à travailler en réseaux. Ils développent d'ailleurs des réseaux informatiques partagés, que le dossier médical personnel devrait contribuer à nourrir. Des réseaux de prise en charge des urgences sont mis en place, autour de grands centres hospitaliers de recours, avec les centres hospitaliers de traitement des urgences et des centres périphériques qui n'ont pas toujours vocation à conserver une activité chirurgicale. Ainsi, les établissements hospitaliers seront organisés en trois niveaux de prise en charge, selon la gravité des cas. Entre ces établissements, des transports secondaires et des procédés de télémédecine donnent corps au réseau, lequel peut développer des interconnexions avec des réseaux de soins existants.

Tels sont les principaux constats du rapport que la mission a examiné et adopté hier à l'unanimité, tout comme les cinquante propositions, toutes interdépendantes les unes des autres et répondant à six objectifs pour une meilleure prise en charge des urgences médicales : la consolidation de la permanence des soins ; la simplification du dispositif de permanence des soins ; l'encadrement des maisons médicales de garde ; la promotion des bonnes pratiques organisationnelles au sein des structures d'urgences ; la prise en compte de certains publics ; le développement de l'organisation en réseaux de la prise en charge des urgences.

Les réunions de travail de la mission ont été constructives et la discussion d'hier a permis d'adopter deux propositions supplémentaires, présentées par les membres socialistes

de la mission, qui ont tenu à juste titre à insister sur les difficultés particulières des zones rurales et proposé de réunir, dans chaque région, des conférences de santé sur la permanence des soins, chargées de dresser un bilan et de dégager des perspectives sur les dispositifs visant à favoriser l'implantation de praticiens libéraux en zone rurale, y compris sur leurs règles d'installation.

Le rapporteur a conclu son propos en soulignant le sérieux du travail de la mission, dont le rapport est le produit d'une réflexion collective sur un sujet qui dépasse évidemment les clivages politiques.

Un débat a suivi l'exposé du rapporteur.

Le président Jean-Michel Dubernard a confirmé que les députés connaissent l'importance que revêtent pour les Français les questions relatives à l'hôpital et particulièrement aux urgences. Si la volonté politique existe, par delà les clivages habituels, pour améliorer la prise en charge des urgences, elle n'est pas relayée sur le terrain, comme c'est par exemple le cas de la politique de « séniorisation » des services des urgences, déjà recommandée en 1988 par le rapport bien connu du professeur Adolphe Steg. On peut souhaiter que cette fois les propositions du rapport, toutes de bon sens, soient mises en œuvre et permettent de résoudre les problèmes des urgences, s'agissant notamment des temps d'attente ou de l'accueil des personnes âgées. En bref, on sait ce qu'il faut faire, on décide de le faire, mais ça n'arrive pas sur le terrain ! Il y a certes des progrès, comme à l'hôpital Beaujon, exemple mis en avant par l'ancienne directrice de l'AP-HP, mais l'attente aux urgences y ait encore de plus de 3 heures en moyenne.

M. Bernard Perrut a souligné la qualité du travail réalisé, qui a permis de cerner les problèmes des urgences auxquels sont confrontés les Français : longueur des temps d'attente ; salles d'attente encombrées par des personnes qui ne devraient pas s'y trouver ; difficultés rencontrées par les personnes âgées.

Evoquant le sujet des maisons médicales de garde, sur lequel il a interpellé le ministre de la santé et pris la parole lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale, faute de définition législative ou réglementaire, on doit s'en tenir au cadre d'analyse qu'en propose le professeur Jean-Yves Grall dans son rapport. Il conviendrait donc de préciser ce qu'est une maison médicale de garde et dans quel cadre elle peut prendre place. Sur le terrain, ces maisons médicales de garde remportent un certain succès. Néanmoins, il faut souligner leur hétérogénéité en termes de niveau d'activité, d'horaires d'ouverture, de population desservie, de coût et d'existence ou non d'un lien avec l'hôpital, qui semble pourtant très utile. Elles peuvent être un point de repère pour les populations en milieu urbain, et un socle en vue du développement de véritables maisons de santé en milieu rural. Leurs conditions de fonctionnement amènent donc à s'interroger. Jusqu'à présent, leur financement par le fonds d'aide à la qualité de soins de ville (FAQSV) a revêtu un caractère expérimental, et il a parfois été très difficile, au niveau régional, de persuader les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) d'intervenir financièrement. Le rôle des collectivités locales dans la création de ces maisons, en revanche, n'est pas assez souligné dans le rapport, alors que sans l'aide des communes et de leurs groupements, nombre de maisons médicales de garde n'existeraient pas. Il conviendrait donc de prendre en compte cette sorte de partenariat dans le cadrage national des maisons médicales de garde dont le rapport propose l'élaboration prochaine.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a heureusement modifié la situation : les aides seront accordées dans le cadre du FIQCS, qui remplace à la fois le Fonds

d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et la dotation de développement des réseaux (DDR). Pour autant, les inquiétudes persistent sur le terrain chez les médecins qui ont mis en œuvre ces maisons médicales de garde. Les propositions de la mission sont intéressantes : il faut, en effet, intégrer ces maisons dans le cahier des charges départemental de la permanence de soins, pérenniser leur financement dans un cadre contractuel qui pourrait associer les collectivités locales (pour la fourniture de locaux et de financements) et instituer au niveau national un cahier des charges pour que les mêmes règles puissent s'appliquer sur l'ensemble du territoire, tout en sachant qu'une maison médicale de garde en milieu rural sur un petit territoire ne peut pas fonctionner comme en milieu urbain, dans un quartier.

Enfin, l'accès au tiers payant dans ces maisons médicales de garde est un élément important : le fait qu'il n'existe pas dissuade les patients de se rendre dans ce type de structures et les incite à se rendre directement aux urgences. Il faudrait évoluer très rapidement en la matière.

Mme Catherine Génisson a dit tout le plaisir et l'intérêt que ses collègues et elle-même ont pris à participer aux travaux de la mission, précisant que cette dernière n'avait pas été dominée par les spécialistes ou les techniciens, et que l'apport des députés extérieurs aux professions de santé avait été précieux. Les propositions du rapport sont en effet de bon sens, comme l'a souligné le président Jean-Michel Dubernard.

La question des maisons médicales de garde a été au centre des travaux et des propositions de la mission, qui a reconnu la part importante prise en ce domaine par les collectivités locales mais jugé utile d'aller plus loin, en pérennisant le financement de ces maisons médicales de garde et en l'inscrivant dans un cahier des charges défini nationalement et adaptable néanmoins à la diversité du terrain. Quant à la question du tiers payant, elle est fondamentale.

Il convient de souligner le climat de parfaite confiance dans lequel chacun a pu apporter sa contribution. Les députés socialistes membres de la mission ont approuvé le rapport, en regrettant néanmoins qu'il n'ait pas suffisamment mis en exergue le problème crucial de la démographie médicale en secteur rural, qui fait peser un risque sur les dispositifs de la permanence des soins.

Par ailleurs, il avait été convenu que la contribution rédigée par les membres du groupe socialiste appartenant à la mission figurerait dans le rapport. Or elle n'y figure pas *in extenso*, ce qui pose un problème de fond. Cette contribution souligne qu'une grave crise s'annonce, qu'une application immédiate des propositions du rapport ne peut que retarder, et il est indispensable que le mot de « crise » figure dans le rapport. Il ne s'agit pas de faire du catastrophisme mais d'être en adéquation parfaite avec les situations qui se vérifient sur le terrain.

Dans son propos introductif le rapporteur a souligné que « *trois ans après la canicule d'août 2003, le système français de prise en charge des urgences médicales (...) a gagné en efficacité* ». De fait, il convient de saluer la qualité et la disponibilité des personnels, qui ont su se mobiliser dans les situations de crise, par exemple lors de la canicule de 2006. Reste qu'au quotidien, la vie des services d'urgences n'est pas facile. Il serait donc opportun de moduler l'affirmation du rapporteur, qui se vérifie inégalement sur le terrain.

M. Christian Paul a précisé à l'intention des membres de la commission qui ne faisaient pas partie de la mission que celle-ci, en réfléchissant à la situation alarmante des urgences hospitalières, avait mis le doigt sur une autre situation présentant un caractère de gravité, à savoir la permanence des soins dans les territoires ruraux et dans certains quartiers

situés à la périphérie des grandes villes. L'insuffisance de la démographie médicale dans ces territoires et le déficit des prises de garde assurées par les médecins, depuis que celles-ci ne sont plus une obligation mais un acte de volontariat, ont deux conséquences : d'une part, des patients qui, s'il y avait un médecin de garde, pourraient ne pas se rendre à l'hôpital se voient contraints d'y aller et contribuent à l'engorgement des urgences ; d'autre part, alors que beaucoup de médecins de garde participaient autrefois à la prise en charge de l'urgence vitale et se trouvaient présents sur les lieux d'un accident avant même le SMUR, y compris son hélicoptère, ou le SAMU, ils ne s'en occupent plus aujourd'hui.

Il est nécessaire qu'un signal d'alarme soit tiré dans le rapport. Or, la contribution en ce sens qu'avaient fait parvenir les membres du groupe socialiste au rapporteur n'ont pas toutes été reprises, ce qui est regrettable.

En conclusion, **M. Christian Paul** a indiqué qu'il ne pourrait pas cautionner un rapport sur la prise en charge des urgences médicales qui n'indiquerait pas clairement que le manque de médecins dans certains secteurs ne permet pas d'assurer un égal accès des Français aux services d'urgence.

M. Marc Bernier a félicité le rapporteur pour sa conduite des travaux de la mission et l'excellente ambiance qui a régné en son sein. Les déplacements et les auditions ont permis d'aboutir à un large panel de propositions, qui ont été reprises pratiquement dans leur intégralité. Il est dommage que les travaux aient dû être écourtés du fait des échéances électorales.

Il convient d'insister sur la nécessité de tenir compte des réalités locales, car le territoire français est hétérogène et les problèmes y appellent des solutions diversifiées. Par ailleurs, l'information du public doit être améliorée sur les réseaux de soins, car une ambiguïté lexicale existe entre « maisons de santé », « maisons pluridisciplinaires » et « maisons médicales de garde », dont les objectifs comme les modes de financement sont tout à fait différents. Comme le prévoit très clairement la loi relative au développement des territoires ruraux, les collectivités peuvent – ainsi qu'il a été fait à Vaiges (Mayenne) – mettre un local à la disposition des professions de santé médicales et paramédicales afin de lutter contre la désertification médicale.

Rappelant qu'il était l'auteur, au nom du groupe d'étude sur les professions de santé, d'un rapport sur l'égalité des citoyens devant l'offre de soins, M. Marc Bernier a précisé que ce n'était pas d'un manque de médecins que la France souffrait, mais d'inégalités territoriales dans leur répartition. Il existe des mesures incitatives, rappelées à la page 74 du rapport. Ce qui importe, ainsi que l'a dit le président Jean-Michel Dubernard, c'est de veiller à ce que les propositions du rapport de la mission aient une application immédiate.

Il serait tout à fait judicieux de mettre en exergue, comme le demande M. Christian Paul, le problème de l'installation des médecins en zones rurales et autres zones dans lesquelles la démographie médicale est déficitaire. La définition des zones déficitaires reste à préciser puisqu'elles vont des zones de montagne à certains quartiers de la périphérie des grandes villes, en passant par certaines zones au sein d'un département par ailleurs bien pourvu en médecins.

Les cinquante propositions du rapport méritent une large publicité. La tenue de conférences sanitaires est nécessaire pour tenir compte des particularités territoriales. Il faut non seulement que le rapport de la mission soit appliqué mais également que les médecins se souviennent du serment d'Hippocrate et ne se sentent pas totalement détachés de leur rôle dans les territoires.

M. Paul-Henri Cugnenc a salué la qualité du travail de la mission, le dynamisme du rapporteur et le bon sens de tous les participants qui ont su se placer au-dessus des clivages politiques, et insisté sur l'importance que le rapport de la mission soit soutenu consensuellement par tous ses membres.

Le premier rapport d'information de la commission sous la présente législature, qui avait été confié à M. René Couanau et portait sur l'organisation interne de l'hôpital, avait été élaboré et adopté de manière consensuelle par ses onze membres, quel que soit leur groupe politique. Mais ce rapport, intitulé « Le désenchantement hospitalier », n'a été suivi d'aucun effet. Il faudra, cette fois, veiller aux suites qui seront données au présent rapport.

Il y a lieu d'être satisfait que le travail de la mission n'ait pas été accaparé par les experts, et que les députés soient restés en première ligne. Néanmoins, il importe de bien dissocier trois types de situations qui, bien qu'elles soient associées dans le rapport, n'ont rien à voir les unes avec les autres et nécessitent des approches différentes.

Dans les secteurs fortement sous-médicalisés, la première priorité est l'accueil des urgences et leur gestion. Or, il est à craindre que l'on ne trouve pas de solution à brève échéance à ce problème du fait des contraintes résultant de la démographie médicale.

Dans les structures moyennes, les urgences sont accueillies par des structures hospitalières ou par de grands dispensaires parfaitement structurés, où les choses se passent de manière harmonieuse grâce à l'utilisation de toutes les compétences médicales présentes sur le site.

À l'autre extrémité du spectre, on assiste à un extraordinaire gaspillage dans les grands centres d'accueil des urgences, où l'afflux des demandes crée un énorme engorgement malgré la forte concentration de médecins, de moyens et de compétences. Les dysfonctionnements proviennent d'un cloisonnement entre les services, qui empêche la mise en commun des moyens et entraîne, en fin de compte, une mauvaise rentabilité. Le service des urgences ne doit pas être une forteresse en dehors des autres spécialités. C'est une entité qui doit animer la complémentarité entre tous les atouts de l'hôpital.

Mme Catherine Génisson a appuyé la demande de M. Christian Paul d'intégration dans le rapport de l'intégralité de la contribution des membres du groupe socialiste, tout en soulignant la grande qualité de ce rapport, ainsi que de celui de M. René Couanau, qui ont en commun d'avoir le grand mérite de ne pas être des rapports d'experts ou de technocrates, et a déclaré partager le souhait exprimé par M. Paul-Henri Cugnenc que ces travaux ne restent pas lettre morte.

La difficulté de mettre en œuvre des réformes de bon sens tendant à la simplification des modes de fonctionnement met en lumière l'inappétence des uns et des autres, quelle que soit leur compétence, à faire en sorte que, sur des sujets fondamentaux pour notre société, les choses avancent, ce qui conduit à un empilement monstrueux de structures et de niveaux administratifs. Pour avoir suivi de manière assidue la mission conduite en début de législature par M. René Couanau, elle s'est déclarée très déçue de voir que rien n'avait changé depuis dans le fonctionnement des hôpitaux.

La catégorisation des situations selon les territoires, à laquelle s'est livrée M. Paul-Henri Cugnenc, met en évidence le problème de l'aval des urgences. Dans les grands centres hospitaliers et hospitalo-universitaires, le service des urgences est quasiment devenu « un hôpital dans l'hôpital », du fait qu'il ne communique plus que très peu avec les autres

services hospitaliers, lesquels se sont par ailleurs fortement spécialisés et ont rationalisé leur organisation, par exemple en développant l'hôpital de jour et l'hôpital de semaine.

Par ailleurs, et il est bon que ce point ait été repris dans le rapport, la tarification à l'activité entraîne la volonté de produire au maximum. L'accueil d'une personne en urgence perturbe ce mode de fonctionnement et ne favorise pas la sortie des malades des services d'urgences.

En conclusion, ainsi que l'a indiqué M. Christian Paul, l'examen de la situation de pré-crise que connaissent les services d'urgence a mis également en évidence, à côté des améliorations à apporter au fonctionnement de ces services, la nécessité de trouver des solutions en amont, c'est-à-dire au niveau de la permanence des soins, et en aval, c'est-à-dire au niveau du fonctionnement des services hospitaliers.

En réponse aux différents intervenants, **le rapporteur** a apporté les éléments de réponse suivants :

– M. Bernard Perrut a eu raison de souligner le rôle des collectivités territoriales au sujet des maisons médicales de garde. Ce point apparaîtra dans le compte rendu de la présente séance qui sera annexé au rapport.

– Concernant la clarification, demandée par M. Marc Bernier, des termes désignant les différentes structures, il est écrit à la page 76 du rapport : *« Il faut d'ailleurs souligner qu'à défaut de définition officielle, il est fréquent que l'expression " maison médicale " soit employée pour désigner les cabinets de groupe et autres structures réunissant plusieurs médecins et parfois d'autres professionnels de santé. Pour éviter toute ambiguïté sémantique, le présent rapport désigne ces structures sous le vocable de " maisons de santé ", réservant celui de " maison médicale de garde " à des structures dédiées à la permanence de soins, telles que définies précédemment. »* ;

– Il faut naturellement veiller à ce que le rapport ait une application immédiate. Une question sera d'ailleurs posée cet après-midi même, lors de la séance des Questions au Gouvernement, à M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, afin qu'il donne des assurances à ce sujet ;

– Il est regrettable, comme l'a dit M. Paul-Henri Cugnenc, que l'excellent rapport de M. René Couanau soit resté lettre morte. Des trois types de structures qu'il a distingués, ce sont les structures moyennes qui doivent être prises en exemple. Les dysfonctionnements constatés dans les grands centres hospitaliers ne résultent pas d'un problème de budget, mais d'organisation ;

– Les deux premiers paragraphes de la contribution des députés socialistes membres de la mission ont été repris mot pour mot à la page 205 du rapport, ainsi que les deux propositions qui les suivent et portent les numéros 49 et 50.

M. Christian Paul a regretté que le mot « crise » ait néanmoins été remplacé par le mot « situation ».

Mme Maryvonne Briot a suggéré de retenir l'expression « situation de crise », proposition approuvée par **Mme Catherine Génisson** et acceptée à l'unanimité.

Le rapporteur a donné lecture des deux derniers paragraphes non retenus de la contribution des membres du groupe socialiste :

« Cette future loi, après négociation avec l'ensemble des parties, prévoira toutes les évolutions nécessaires pour faciliter l'installation de médecins généralistes en zone rurale : possibilité de recours à la médecine salariée, aide à l'immobilier médical (maison de santé pluridisciplinaire) et mutualisation des moyens, régulation nationale et concertée des installations.

« Le bilan sera alors fait des politiques actuelles d'incitation. Les bourses allouées par les collectivités locales pourront être renforcées, avec obligation de résidence de cinq à dix ans. »

Faut-il, alors que la proposition 50 du rapport prévoit l'adoption d'un dispositif législatif à la suite d'une concertation sur le terrain, définir dès à présent le contenu de cette future loi ?

Par ailleurs, la plupart des mesures proposées sont déjà en vigueur. Ainsi, à la page 75 du rapport, il est indiqué que : « (...) le décret n° 2006-1585 du 13 décembre 2006 relatif au médecin collaborateur libéral et au médecin salarié, pris pour l'application d'une disposition adoptée à l'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, crée deux nouveaux modes d'exercice :

« – le statut de « médecin collaborateur libéral » ;

« – l'exercice en tant que médecin salarié pour un autre médecin ».

À la page 74 du rapport, dans un encadré qui énumère les mesures visant à favoriser l'installation de médecins en zone rurale, il est rappelé que « (...) selon l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent octroyer des aides visant à favoriser l'installation ou le maintien des professionnels de santé et des centres de santé dans les zones déficitaires en matière d'offre de soins. L'article L. 1511-8 permet aussi à ces collectivités d'attribuer des aides visant à financer des structures participant à la PDS [permanence des soins], notamment des MMG [maisons médicales de garde]. Il précise que les investissements immobiliers qu'elles réalisent en faveur de l'installation de professionnels de santé sont éligibles au fonds de compensation de la TVA ».

Enfin, les termes « régulation nationale et concertée des installations » ne sont pas suffisamment clairs : s'agit-il de mesures simplement incitatives ou de règles coercitives ?

La prudence, a conclu **le rapporteur**, recommande de ne pas reprendre ces deux paragraphes sans une expertise plus approfondie. Rien ne s'oppose, en revanche, à ce qu'ils figurent en annexe au rapport.

Mme Catherine Génisson a suggéré que soit publiée en annexe l'intégralité de la contribution des membres du groupe socialiste, en indiquant que les propositions 49 et 50 en sont directement issues.

Le rapporteur a approuvé cette suggestion, conforme à l'excellent esprit dans lequel se sont déroulés les travaux de la mission, ainsi que **M. Christian Kert, président**, et l'ensemble des membres de la commission.

La commission a décidé, en application de l'article 145 du Règlement, le dépôt du rapport d'information en vue de sa publication.

Informations relatives à la commission

La commission a désigné les membres d'une éventuelle commission mixte paritaire sur le projet de loi, adopté par le Sénat après déclaration d'urgence, relatif à la modernisation de la diffusion audiovisuelle et à la télévision du futur – n° 3460

<i>Titulaires</i>	<i>Suppléants</i>
M. Jean-Michel Dubernard (UMP)	M. Émile Blessig (UMP)
M. Emmanuel Hamelin (UMP)	M. Michel Herbillon (UMP)
M. Patrick Ollier (UMP)	M. Christian Kert (UMP)
M. Dominique Richard (UMP)	M. Patrice Martin-Lalande (UMP)
M. Frédéric Soulier (UMP)	M. Jean Dionis du Séjour (UDF)
M. Patrick Bloche (Soc.)	M. Christian Paul (Soc.)
M. Didier Mathus (Soc.)	<i>Pas de candidat désigné (CR)</i>

La commission a désigné **M. Jean-Pierre Door** rapporteur sur la proposition de loi, adoptée par le Sénat, relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur – n° 3607.